

Anmeldung zur Anästhesie für einen ambulanten Eingriff

Auftraggeber

--

Patient(in)

Name	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Adresse, Wohnort	
Telephon privat	Telephon Geschäft
Mobile	E-Mail
Bei Kindern: Name / Vorname(n) der Eltern	
Bei Menschen mit Behinderung: Name / Adresse / Telefonnummer	
Beistand / Vormund	
Betreuer	

Rechnung an

<input type="checkbox"/> Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Patient(in): Selbstzahler(in)
<input type="checkbox"/> SUVA / IV / MV	<input type="checkbox"/> Andere
Unfalldatum	UVG-Fallnummer

Geplanter Eingriff

links rechts beidseitig

--

Gewünschte (ev. vorbesprochene) Anästhesieart

<input type="checkbox"/> Intubation	<input type="checkbox"/> Larynxmaske / Maske	<input type="checkbox"/> IV-Analgosedation
<input type="checkbox"/> Spinalanästhesie	<input type="checkbox"/> Plexus-Blockade	<input type="checkbox"/> IV-Block

Termin

Geplantes OP-Datum	Datum
Vorgesehener OP-Beginn	Praxisstempel
Voraussichtliche Dauer des Eingriffes	Min.